

# MRI検査申込書

フリガナ		検査 予定日	年 月 日 時 分
患者名		様 男・女	申込医療機関
生年月日	西暦 年 月 日( 才)	診療科	科
独歩・車椅子・ストレッチャー		医師名	
診断 要・不要	画像記録媒体はCD-Rになります。	連絡先	TEL ( )
			FAX ( )
臨床診断： 臨床経過：		検査部位	
		<input type="checkbox"/> 頭部(脳)	<input type="checkbox"/> 骨盤部
		<input type="checkbox"/> 頭部(脳以外)	<input type="checkbox"/> 脊椎(頸・胸・腰)
		<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 四肢
		<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 心臓
		<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> その他
		検査目的(具体的に)	
		<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影	
		造影剤 <span style="float: right;">ml</span>	
		<b>造影検査の場合必ずご記入下さい</b>	
検査日 年 月 日	技師	血清クレアチニン値	Cr ( mg/dl)
<b>検査前チェック項目</b>		<b>造影検査時チェック項目</b>	
心臓ペースメーカー・人工内耳	(有・無)	ガドリニウム系造影剤過敏症	(有・無)
脳動脈クリップ	(有・無)	気管支喘息の既往歴	(有・無)
心臓人工弁	(有・無)	薬剤過敏症・食物性アレルギー	(有・無)
ステント留置	(有・無)	腎機能障害	(有・無)
他の手術での体内金属	(有・無)		
閉所恐怖症	(有・無)		
妊娠の可能性 ※女性のみ	(有・無)		
		身長          cm	体重          kg

医療法人社団貴順会 吉川病院 放射線科 MRI室

TEL (075)-761-0316(代表)    FAX (075)-771-0528  
080-8733-7895(直通電話)